

اظهاریه اطلاعات شخصی برای افزودن یک کودک زیر 16 سال

(درخواست نامه تکمیلی و تقاضا برای کمک نقدي و/ یا کوین غذایي)

دستورالعمل ها:

این فرم را برای کودک جدیدی که در خانه است پر کرده و بخش گواهی نامه را امضاء کنید.

اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، یک برگه دیگر کاغذ را الصاق کنید. از یک فرم برای هر کودک استفاده کنید.

اگر کمک نقدي دریافت می کنید، و برای کودک جدید به کمک نیاز دارید، پدر/مادر و یا خویشاوند بزرگسال مراقبت دهنده بایستی این فرم را پر کند.

برای خانوارهای کوین غذایي که به کمک نقدي نیاز ندارند و یا نمی خواهند دریافت کنند،

یک عضو بزرگسال خانوار و یا نماینده مجاز بایستی این فرم را پر کند.

کودک به دلیل زیر به کمک نیاز دارد
(✓) در زیر

نماینده
بله
خیر

1. اسم پدر/مادر و یا خویشاوند مراقبت دهنده

2. همه اطلاعات در مورد کودک را فراهم کنید.

اسم کودک (اول، وسط، آخر)

اسم مادر
نماینده
بله
خیر

اسم پدر
نماینده
بله
خیر

تاریخ تولد (ماه، روز، سال)
نماینده
بله
خیر

وضعیت شهروند/غیرشهروند (✓) شهروند/تبعه ایالات متحده
نماینده
بله
خیر

غیرشهروند: ضمانت شده (✓) شهروند/تبعه ایالات متحده
نماینده
بله
خیر

اگر کودک زیر 6 سال سن دارد، آیا مابه کوبی ها انجام شده است؟
نماینده
بله
خیر

فرزند خوانده
نماینده
بله
خیر

رابطه خویشاوندی با متقاضی و یا خویشاوند
نماینده به کودک
نماینده
بله
خیر

مراقبت دهنده به کودک
نماینده
بله
خیر

ایا کودک امسال کمک نقدي و یا کوین غذایي دریافت کرد؟
نماینده
بله
خیر

اگر «بله»، قسمت زیر را پر کنید:
نماینده
بله
خیر

فقط برای استفاده بخشداری

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME AND NUMBER

DATE RECEIVED

AU	Non-AU	MFG Child	FS Non-HH Excl. Member Code:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	

Work Registration/Exemption Codes:

WtW: FS:

VERIF:	<input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Citizen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SAVE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Immun.

Alien Reg. No. D.O.E.

CA and FC Elig/CR Chooses:

Child	<input type="checkbox"/> CA	<input type="checkbox"/> Foster Care
CR	<input type="checkbox"/> CA	<input type="checkbox"/> None

Verification provided

<input type="checkbox"/> Verification provided
<input type="checkbox"/> FC Income Counted on FS Case
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> CA Eligible for Higher MAP

Income (✓) if exempt

Unearned	Earned	CA	FS
----------	--------	----	----

A.5. اگر برای این کودک کمک نقدي می خواهید و کودک بین سنین 6 تا 16 سال است،

قسمت زیر را پر کنید.
نماینده
بله
خیر

آیا به طور مرتب به مدرسه می رود؟
نماینده
بله
خیر

اگر «خیر»، توضیح بدھید چرا به طور مرتب به مدرسه نمی رود:
نماینده
بله
خیر

Verified:

Referred to Cal-Learn

CA 25

CA 25A

CA 5

Date Initiated _____ YES NO

FS: Honorable Discharge YES NO

8. آیا کودک مالک مستغلاتی است و یا منبع درآمدی از قبیل موارد زیر دارد: پول نقد، زمین، حساب های بانکی، حساب های امانی، اوراق قرضه سس انداز، پرداخت های سرانه و یا حساب های امانی امریکایی های بومی و یا اقلام دیگر؟ اگر «بله»، قسمت زیر را پر کنید:				فقط برای استفاده بخشداری
بله	<input type="checkbox"/>	خیر	<input type="checkbox"/>	
ارزش جاری	نامه	شماره حساب/بیمه نامه	نوع منبع مالی	
\$				
9. آیا کودک Medicare و یا بیمه بهداشتی/درمانی از قبیل CHAMPUS, Kaiser, Blue Cross و غیره دارد که توسط پدر/مادر و یا کارفرمای پدر/مادر پرداخت می شود؟ اگر «بله»، یوشش بیمه را فهرست کنید:				Verification provided CA Restricted Account (✓) Check if exempt CA <input type="checkbox"/> FS
بله	<input type="checkbox"/>	خیر	<input type="checkbox"/>	
10. آیا کودک برای یک تخلف، برای اجتناب از تعقیب قانونی، سرپرستی و یا توقیف بعد از محکومیت و یا تخلف از آزادی مشروط و یا التزامی در حال اجتناب و یا فرار از قانون هستند؟				Verification provided Health Coverage Code:
بله	<input type="checkbox"/>	خیر	<input type="checkbox"/>	
11. آیا کودک برای در اختیار داشتن، استفاده از مواد مخدر و یا توزیع مواد کنترل شده محکوم شده است؟ اگر «بله»، اطلاعات لازم را برای کمک نقدی، برای محکومیت در تاریخ 1/1/98 یا بعد از آن؛ و برای کوین غذایی، برای جرائم و محکومیت ها بعد از 8/22/96 ارائه کنید.				
بله	<input type="checkbox"/>	خیر	<input type="checkbox"/>	
تاریخ ارتکاب جرم		تاریخ محکومیت		
A.12. اگر می توانید کمک نقدی دریافت کنید، اعضای واحد شرایط خانواده زیر 21 سال ممکن است بتوانند بعضی معاینات پزشکی را از طریق برنامه سلامت و جلوگیری از معلولیت کودک (Child Health and Disability Prevention:CHDP) دریافت کنند.				
بله	<input type="checkbox"/>			
<ul style="list-style-type: none"> • آیا در مورد خدمات CHDP به اطلاعات بیشتری نیاز دارید؟..... • آیا به خدمات مجانية پزشکی و یا دندانپزشکی CHDP نیاز دارید؟..... • آیا برای وعده ملاقات گذاشتن و یا رفتن به پزشک و یا دندانپزشک به کمک نیاز دارد؟..... 				<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date:
<p>B. آیا در مورد خدمات مایه کوبی به اطلاعات بیشتری نیاز دارید؟.....</p> <p>C. آیا در مورد عدم تبعیض، مشاوره اعتیاد به الکل/مواد مخدر، مخارج پزشکی در گذشته و یا نیازهای ویژه دیگر اطلاعاتی می خواهید؟.....</p> <p>D. آیا فردی که حامله است به یافتن یک پزشک، دریافت تراپری پزشکی و/یا کمک دیگری نیاز دارد؟.....</p> <p>E. آیا کمی به کودک شیر مادر می دهد؟.....</p> <p>F. آیا می خواهید از یک درمانگاه تنظیم خانواده اطلاعات و خدماتی را دریافت کنید تا به شما کمک کند اندازه خانواده خود را تنظیم کرده و از حاملگی های ناخواسته جلوگیری کنید.</p>				<input type="checkbox"/> Referred for Immunization <input type="checkbox"/> Other services referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given <input type="checkbox"/> Date Referred:
گواهی نامه				

اینجانب به موارد زیر توجه دارم:

- اگر اطلاعات نادرست ارائه کنم و یا در گزارش همه اطلاعات و شرایط قصور کنم
- به منظور اینکه بر اجد شرایط بودن و پرداخت های کمکی ام تأثیر بگذار، ممکن است جزئیه، زندانی/حسی و یا هردو شوم. ممکن است تا حداقل \$10,000 برای کمک نقدی و \$250,000 برای کوین غذایی جزئیه شوم. ممکن است تا 3 سال برای کمک نقدی و 20 سال برای کوین غذایی به زندان/حسی فرستاده شون؛ و مزایای کمک نقدی و کوین غذایی ممکن است برای 6 ماه، 12 ماه، 2 سال، 4 سال، 5 سال، 10 سال، 20 سال و یا تا ابد متوقف شود، و برای کمک نقدی به پناهندگان، 3 ماه و 6 ماه متوقف شود.
- پرونده من ممکن است برای مرور و اثبات واجد شرایط بودن انتخاب شود؛ و بازیستی به طور کامل با کادر اداری بخشداری، ایالتی و فدرال برای هرگونه مرور کنترل کیفیت همکاری کنم.

اینجانب تحت مجازات شهادت کذب تحت قوانین ایالات متحده آمریکا و ایالت کالیفرنیا اظهار می دارم اطلاعاتی که در این اظهار به اطلاعات شخصی آمده حقیقت داشته، صحیح بوده و کامل است.

چه کسی بایستی این فرم را امضاء کند: برای کمک نقدی، شما و همسر کمک شده شما و یا پدر/مادر دیگر کودک کمک شده (اگر در خانه زندگی می کند).

تاریخ	امضاء خویشاوند مراقبت دهنده و/یا عضو بزرگسال خانوار کوین غذایی و یا نماینده مجاز		
تاریخ	امضاء همسر کمک شده و یا پدر/مادر دیگر کودک کمک شده (اگر در خانه زندگی می کند)		
تاریخ	امضاء شاهد، مترجم و یا فرد دیگری که فرم را پر می کند		

فقط برای استفاده بخشداری

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	<input type="checkbox"/> Informing (TEMP CW 101/101A) Regs Met: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Signature of County Worker		Date	Signature of Supervisor	